Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Basel
(Direktor: Prof. Dr. John E. STÆHELIN)

Ueber einige psychische Symptome des Alkoholdeliriums.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

ABRAHAM HERMANN

aus KIELCE (Polen)

BASEL 1934

PHILOGRAPHISCHER VERLAG

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Basel
(Direktor: Prof. Dr. John E. STÆHELIN)

Ueber einige psychische Symptome des Alkoholdeliriums.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

ABRAHAM HERMANN

aus KIELCE (Polen)

BASEL 1934

PHILOGRAPHISCHER VERLAG

Von der medizinischen Fakultät der Universität Basel genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. John E. Stæhelin.

Tag der Promotion: 23. Juni 1934.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MEINEN LIEBEN ELTERN
IN DANKBARKEIT GEWIDMET

Das Krankheitsbild des Delirium tremens besteht aus psychischen und somatischen Komponenten. Im Gesamtbilde der Krankheit treten sie gemeinsam auf, zeigen deutliche Wechselbeziehungen, strahlen ineinander ein und haben gemeinsame Aetiologie. Vereint geben sie das Intoxikationsbild. Dennoch bietet jede von ihnen soviel Besonderheiten, dass sie getrennt behandelt werden können. Von den beiden Komponenten ist die somatische fest umschrieben (Bonhoeffer, Kraepelin, Staehelin u. a.) Die psychische dagegen birgt in sich viel Problematisches. Speziell ist es das Halluzinationsproblem, welches viele Fragen stellt und als Ausgangspunkt mancher Arbeiten über die Sinnestäuschungen diente. In der vorliegenden Arbeit sollen nun aus einer grösseren Anzahl von Deliriumfällen, welche in der Basler Psychiatrischen Klinik beobachtet wurden, gewisse seltenere oder in ihrer Bedeutung umstrittene psychische Symptome des Alkoholdelirs einer Bearbeitung unterzogen werden.

Das Alkoholdelir äussert sich in einer Reihe von klassischen psychischen Symptomen. Bei der Ueberprüfung des Materials konnten diese im weitaus grössten Teil der Fälle in ihrer Gesamheit nachgewiessen werden. Schwankungen waren nur in der Intensität und Ausdehnung der einzelnen Symptome festzustellen. In einer Gruppe von Fällen traten zu den charakteristischen Symptomen noch andere hinzu, die auf das Vorhandensein einer anderen psychotischen Affektion hinwiesen, wenn diese auch nicht immer sicher diagnostiziert werden konnte. Eine spezielle Gruppe bilden die in Kor-

sakow'sche Psychose übergehenden Fälle, bei denen der amnestische Symptomenkomplex mehr oder weniger ausgeprägt hinzutritt. Bei weiteren Fällen fanden sich Beziehungen zum akuten Alkoholwahnsinn.

Was den Geisteszustand des Alkoholdeliranten charakterisiert, was man bei jedem Deliranten wahrnimmt, in jedem Stadium der Krankheit, sogar in der Prodromalphase, ist das Schwankende, Unsichere, das Inkonstante, das Wechselreiche des Zustandes. Wir bemerken eine starke Labilität des Gleichgewichtes sowohl im Somatischen als auch im Psychischen. Die einzelnen Symptome innerhalb desselben Delirs schwanken hinsichtlich Auftreten und Intensität beständig. Phasen klaren Bewusstseins wechseln mit Bewusstseinstrübungen der verschiedensten Dichtigkeit. Mit besonderer Deutlichkeit tritt das Wechselvolle in den Halluzinationen zum Vorschein, die durch beständig sich ändernde Zahl, Grösse und Qualität auffallen. Dieses Hauptcharakteristikum der Unruhe und der Veränderlichkeit lässt sich schon im Prodromalstadium feststellen, wo Schlaflosigkeit, Unstetigkeit, gereizte Stimmung, Uebersuggestibilität, starke Aufgeschlossenheit für alle möglichen Reize, Steigerung jener Labilität und Inkontinenz der Affekte fast nie vermisst werden, welche auch bestimmte chronische Alkoholiker im nicht-deliriösen Zustand kennzeichnen Die vorwiegend zyklothym Veranlagten. Pohlisch hat als erster nachgewiesen, dass gerade diese Trinker, wenn sie einer Alkoholpsychose verfallen, an Delirium tremens erkranken.

Von den einzelnen Komponenten des psychischen Delirbildes seien zunächst die *Orientierungsstörungen* vermerkt. Weitaus die grösste Zahl der Deliranten wies beim Eintritt in die Klinik Orientierungsstörungen auf; 10% der Deliranten — meist Abortiv-Deliranten — waren ganz orientiert. Bei einem infantilen Psychopathen war trotz der Schwere des

Falles die Orientierung ganz erhalten. Die überwiegende Zahl, 80%, war örtlich und zeitlich desorientiert, oder nur örtlich, oder nur zeitlich. In einer Reihe von Fällen, etwa 10%, waren die Patienten nicht nur örtlich und zeitlich, sondern auch in bezug auf ihre Person desorientiert; die Ursache dieser Eigentümlichkeit liess sich nicht sicher eruieren; es waren mit Ausnahme von 2 Fällen typische Deliranten Diese beiden Fälle zeigten schon vor dem Delir das amnestische Syndrom, einer infolge Schädeltrauma mit Commotio cerebri; dieser Patient war in einem 8 Jahre später auftretenden Rezidiv nur örtlich und zeitlich desorientiert. Für den Verlust der persönlichen Orientierung im Delir dürften somit wenigstens in gewissen Fällen schon vor dem Delir vorhandene organische Gedächtnisstörungen massgebend sein. Dagegen liess sich beispielsweise nicht nachweisen, dass die anderen Deliranten, bei denen alle 3 Richtungen der Orientierung gestört waren, in die Korsakow'sche Psychose ausmündeten. Auch zeigten diese Fälle nicht auffallend starke Bewusstseinstrübungen. Von besonderem Interesse ist die Verfolgung des Orientierungszustandes im Verlaufe des einzelnen Delirs. Hierfür sind in einigen Krankengeschichten nähere Angaben vorhanden. In einem Fall war der Patient beim Ausbruch des Delirs örtlich desorientiert, zeitlich und persönlich nur teilweise; zwei Tage später örtlich und zeitlich desorientiert, in bezug auf seine Person klar; einen Tag später nur zeitlich desorientiert; erst 4 Tage nach dem Terminalschlaf ganz orientiert. Ein anderer Fall: anfänglich zeitlich teilweise desorientiert, dann zeitlich ganz desorientiert, dann wiederum nur teilweise. In einigen Fällen trat die Desorientierung erst ein, nachdem der Kranke sich nach einer ersten, besonnenen Delirphase beruhigt hatte. Bei den Rezidiv-Delirien war die Orientierung meistens weniger gestört als beim ersten Delir, was wohl damit zusammenhängen

dürfte, dass Rezidivdelirien oft milder, wenn auch längerdauernd verlaufen. Die Orientierungsstörungen beruhen in der Hauptsache auf Auffassungs- und mit diesen auf Bewusstseinsstörungen.

Dass *Bewusstseinsstörungen* bei den Deliranten bestehen, ergibt sich schon aus der Verworrenheit des Denkens, der Reaktion des Kranken auf die Umgebung und aus seinen Sinnestäuschungen. Der Delirant sieht die Umgebung umgestaltet, bald mehr der Realität entsprechend, bald phantastisch-traumhaft, immer aber irgendwie verschwommen oder verschroben. Vieles entgeht seiner Aufmerksamkeit. Die reale Welt ist entstellt, vieles verkannt. Die vielen Widersprüche und Unmöglichkeiten in dem, was er auffasst, nimmt er nicht wahr. Die Urteilskraft des Kranken ist also schwer gestört, sein Erfahrungswissen wirkt sich nicht aus, schon wegen der steten Veränderlichkeit der Erlebnisinhalte. Damit hängt wohl auch zusammen, dass die auf den Deliranten wirkenden Aussenweltreize, obwohl sie ihn zu einer Reaktion veranlassen, im allgemeinen ihn seelisch wenig aufwühlen. Er steht oft der Fülle des Erlebten fast ratlos gegenüber. Es ist deshalb sehr schwierig, die „innere Welt„ des Deliranten kennen zu lernen, den Ablauf seiner Gedanken, den ständig wechselnden Strom seiner Gefühle und Willensantriebe. Vergleicht man die Inhalte der hintereinander halluzinierten Bilder, so fällt deren Zusammenhanglosigkeit auf. Das Assoziieren und Projizieren (in Form von Halluzinationen) ist demnach einerseits erleichtert, „die Vorstellungsreihen tauchen schnell auf“ (Buerger-Prinz), andererseits zeigt es keine oder nur wenig inhaltliche Beziehungen. Zieht man aber die die Halluzinationen begleitenden, bezw. auslösenden *Affektvorgänge* in Betracht, so ergibt sich, dass wenigstens ein affektiver Zusammenhang oft feststellbar ist. Ein Delirant halluzinierte z. B. zunächst kleine Tiere — Ratten. Er sah sie bis an seine

Brust heranklettern, um sein Blut abzuzapfen, wobei von Interesse ist, dass ihm die Ratten 2 m. gross erschienen, eine offenkundig angstbedingte Makropsie. Gleich darauf sah er einen schwarzen Mann, der, mit einem Rohr ausgerüstet, kam, um, wie die Ratten, sein Blut abzuzapfen. Ein anderer Delirant sah sich von vielen halluzinierten Tieren bedroht; aber zur gleichen Zeit halluzinierte er Wasser; dieses schwoll allmählich an, um ihn zu erreichen. Zwei inhaltlich zusammenhanglose Halluzinationen, die aber affektiv (Angst!) zusammengehören. Freudige Anteilnahme an ihren Halluzinationen fanden wir bloss bei wenigen unserer Fälle; halb belustigtes, halb ängstliches Erstaunen war viel häufiger, nicht selten auch ausgesprochene Angst, besonders bei ältern Deliranten mit Cirkulationsstörungen. Jener infantile Psychopath zeigte sogar eine mystisch-verzückte und doch wieder peinliche Stimmung: Er wähnte sich im Himmel, man liess ihn nicht hinein; er musste auf die Erde zurück; er betete auf den Knien während des Delirs. In den übrigen Fällen, die die Mehrheit bilden, war es die Angst hauptsächlich, welche viele Deliranten zu irgend einer Abwehrreaktion, sei es Flucht, Schrecklähmung oder Suizidversuch veranlasste.

Wir wenden uns nun dem *Inhalte der Halluzinationen* zu. Hier stehen sich zwei prinzipiell verschiedene Anschauungen gegenüber: Ein Teil der Autoren sucht zwar bei gewissen Halluzinationen einen verständlichen Zusammenhang mit der Persönlichkeit des Deliranten aufzuweisen, ist aber weit entfernt davon, in den Sinnestäuschungen Aeusserungen verdrängter oder abgesperrter Tiefenregungen zu sehen, wie das psychanalytische Autoren festzustellen versuchen. Andere Autoren nehmen eine Mittelstellung zwischen der vorwiegend physiogenen und der vorwiegend psychogenen Genese der Halluzinationen ein. Unbestritten ist, dass viele Halluzinationen

ihre Nahrung aus dem Berufsleben, der „Beschäftigung“ der Kranken ziehen. Bedenkt man, dass die Mehrheit der Deliranten Arbeiter und Handwerker sind, die in gesunden Zeiten hauptsächlich vom Berufe, Vereins- und Familienleben absorbiert werden, und dass der typische Delirant ein extravertierter Zyklothymer ist, so ist diese Beobachtung begreiflich. Bei einigen unserer Fälle zeigten die „Berufs“-Halluzinationen indessen einen komplizierteren Charakter: Einer dieser Patienten halluzinierte seine Fabrik; er sah sie in Flammen und eilte zum Löschen. In einer Reihe anderer Fälle mit „Feuer“-Visionen konnte nachgewiesen werden, dass die Deliranten Angst hatten und zu flüchten versuchten. Die Hilfsbereitschaft des oben erwähnten Deliranten beim Anblick der in Flammen stehenden Fabrik muss deshalb auffallen, umsomehr, als auch er sich stark ängstigte. Die brennende Fabrik war seine Brotstätte. Es liegt nahe, anzunehmen, dass sein Selbsterhaltungstrieb sich hier auswirkte. Gerade in den „Berufs“-Halluzinationen wirken sich also persönliche Momente aus, Im allgemeinen sind sonst „komplexbedingte“ Halluzinationen, auch in unserem Material, bei Alkoholdelirien-selten. In denjenigen Fällen, wo sie vorkamen, bestand Grund zur Annahme einer anderen psychotischen Affektion. z. B. einer Schizophrenie. Sexuell-erotische Regungen waren sowohl in den Handlungen als in den Sinnestäuschungen unserer Deliranten selten, obwohl die Sexualität im Leben dieser Fälle bisweilen eine grosse Rolle spielte. In den spontanen Halluzinationen traten sie fast nie hervor, wenn schon, dann sah der Delirant meist die eigene Frau. In den provozierten Halluzinationen sind solche sexuellen Inhaltes schon häufiger, aber wenig deutlich, ohne stärkere affektive Beteiligung. Nur in 3 Fällen war eine deutliche Reaktion auf solche Halluzinationen sichtbar: Ein Patient sah, wie

sich zu jedem Patienten im Saal je eine Frau hinlegte; als eine zu ihm ins Bett kommen wollte, widerstrebte er und entrüstete sich mit einem Ekelgefühl. Eine ähnliche negative Reaktion, aber noch stärker betont, liess sich bei einem anderen Patienten feststellen: Er sah nicht nur Frauen im Bett mit Männern, sondern auch scheussliche Koitusscenen, Menstrualblut und Gummifetzen. Eine ganz andere Reaktion zeigte der schon erwähnte infantile Psychopath: Er sah Nymphen im Wasser, von denen eine ihm zurief. Aus der Anamnese geht hervor, dass er noch nie ein richtiges Liebeserlebnis hatte und von den Kameraden als Mädchen ausgelacht wurde. Offenbar war seine Sexualität noch nicht entwickelt, sodass er ein Bedürfnis nach Liebe mehr platonischer Art fühlte. Die „Nymphen"-Halluzinationen würden das ausdrücken. Schliesslich sei noch erwähnt, dass viele Deliranten u. a. auch Geld (Münzen) halluzinierten; auch hier handelte es sich möglicherweise um Auswirkung von Wünschen, entsprechend etwa den auch bei anderen Fällen oft halluzinierten Biergläsern. Meistens waren es ältere Leute.

Die Entstehung der Halluzinationen ist immer noch problematisch; die Stärke der somatischen (periphere oder zentrale Reize) und der psychischen Komponente sind wohl von Fall zu Fall und von Halluzination zu Halluzination verschieden. In diesem Zusammenhang erscheint ein Fall in unserem Material beachtenswert. In der Krankengeschichte steht folgende kurze Notiz: „Nachdem der Patient während einiger Tage die üblichen Prodromalerscheinungen des Deliriums zeigte, schlief er ein; kurz darauf erwachte er, sah kleine Tiere, schrie nach Licht, daraufhin verschwanden sofort die kleinen Tiere. Zurück blieb Angst. Einen Tag später erneut Halluzinationen." Man kann wohl annehmen, dass dieser Patient nicht bewegungslos schrie, sondern dass der Angstschrei

von unruhigen Bewegungen begleitet war. Das Verschwinden der halluzinierten kleinen Tiere dürfte in irgendeinem Zusammenhang mit dem Schrei und mit der gesteigerten Psychomotorik stehen. Halluzinationen, Angst, gesteigerte Psychomotilität stehen offenbar in Wechselwirkung und können zu einer Intensivierung des Delirs führen, ohne dass bestimmt werden kann, wo der Circulus vitiosus beginnt, auf der somatischen oder auf der psychischen Seite.

Zum Schluss möchte ich Herrn Prof. Dr. John E. Staehelin für die freundliche Ueberlassung des Themas und die Unterstützung bei der Abfassung meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Literatur-Verzeichnis.

Berze: Ueber das Bewusstsein der Hallucinierenden. (Jahrbücher f. Psych. u. Neur. 16).

ders.: Eigenartige Gesichtshalluzinationen, in einem Fall von akuter Trinkerpsychose. (Z. Neur. u. Psych. 84).

Bleuler: Halluzinationen und Schaltschwäche. (Schw. Arch. Neur. 13).

ders.: Lehrbuch der Psychiatrie.

Bonhoeffer: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. 1901 Jena.

Bürger-Prinz: Uber das Delirium tremens. (Z. f. Neur. u. Psych. 131).

Chainovsky: Delirium tremens. (J.-D. Basel).

Hartmann u. Schilder: Zur Klinik und Psychologie der Amentia. (Z. Neur. u. Psych. 92).

Jahrreiss: Störungen des Bewusstseins (Bumkes Hdb. I).

Kielholz: Analyseversuch bei Delirium tremens. (Int. Z. f. Psychoanalyse, Bd. 12 H. 3. S. 478. 1926).

Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie.

Liepmann: Ueber die Delirien des Alkoholikers (Arch. f. Psych. 27).

Mayer-Gross: Pathologie der Wahrnehmung. (Bumkes Handb. I).

Meggendorfer: Intoxikationspsychose. (Bumkes Handb. III).

Pohlisch: Die Klinik des Alkoholismus (Allg. Z. f. Psych. 99, 193).

Schröder: Intoxikationspsychosen. (Aschaffenberger Handb. 1912).

ders.: Das Halluzinieren. (Z. f. Neur. u. Psych. 101).

ders.: Ueber Halluzinationen. (D. Nervenarzt. H. 11. 6. Jhrg.)

Schneider C.: Ueber Sinnentrug. (Z. f. Neur. u. Psych. 131).

Staehelin J. E.: Die Bedeutung der somatischen Erscheinungen für die Aetiologie u. Prognose des Del. alc. (J.-D. Basel 1918).

Stein: Pathologie der Wahrnehmung. (Bumkes Hdb. I).

Wernicke: Grundriss der Psychiatrie. 1900.

Zingerle: Zur Symptomatologie des Del. tr. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 61).

Zsako u. Fürstner: Mikroskopische Halluzinationen. (Psych. Neur. Wochenschr. 1932. S. 289—293).